Sobre la autora

Mariona Leal
Es diplomada en educación social, psicomotricista y especialista en atención temprana. La mayor parte de su trayectoria profesional la ha llevado a cabo en el Programa de Educadores Familiares del Grec, para el Ayuntamiento de Palma de Mallorca. Actualmente trabaja para el Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, a través de Grupo5.
marionaleal@yahoo.es
* El año 2010, acabó en la Comunidad de Madrid con la campaña informativa "Cuando acoges a un niño, tu familia crece". Aquellas personas interesadas en solicitar información sobre el acogimiento familiar en la Comunidad de Madrid pueden llamar al tel. 902 02 44 99 o dirigirse a la sede del Instituto Madrileño del Menor y la Familia, situado en Gran Vía n.º 14.

Dificultades de aprendizaje

Problemas del diagnóstico tardío y/o del infradiagnóstico

(Difficulties of learning. Problems of the late diagnose and/or of infradiagnóstico)

ISSN (Ed.Impr.): 1889-4208
Recepción: 01/01/2011
Aceptación: 01/02/2011

Rocío Mateos Mateos
Castellar López Guinea
Universidad de Castilla-La Mancha

(Pp. 103-112)

RESUMEN

En el período de la infancia es en el que con más frecuencia no se diagnostican diversas dificultades que posteriormente repercuten en las siguientes etapas de crecimiento.

La preocupación parental es latente cuando en la escuela se manifiestan problemas de aprendizaje que tiene su solución desde la práctica psicológica previa. Desde este artículo se suscita la necesidad de reflexionar sobre esta situación para una atención temprana en los niños con dificultades de aprendizaje desde los tres años de edad.

ABSTRACT

In the period of the childhood it is in the one that with more frequency diverse difficulties are not diagnosed that later on rebound in the following stages of growth.

The concern parental is latent when in the school learning problems are manifested that has its solution from the psychological previous practice. From this article the necessity is raised of meditating on this situation for an early attention in the children with difficulties of learning from the three years of age.

PALABRAS CLAVE

Dificultades de aprendizaje, práctica psicológica, diagnóstico, atención temprana.

KEY WORDS

Learning difficulties, psychological practice, diagnosis, early attention.

1. Casos de la práctica psicológica: dificultades de aprendizaje

Las dificultades de aprendizaje se presentan en la infancia con más frecuencia de lo que se piensa pero por diversos motivos, se diagnostican en numerosas ocasiones tarde o no llegan a detectarse.

Es frecuente encontrar a padres de niños que acuden a consulta porque el niño tiene problemas en la escuela y refieren que a ellos les había ocurrido lo mismo, pero que no pudieron o no supieron hacer nada, ni sus padres, ni sus profesores, e manifiestan que no quieren que a su hijo/a le suceda lo mismo. Ellos cuentan que se han encontrado con muchos obstáculos, tanto de tipo laboral como social. (Mateos, 2009) (Gutiez y Sánchez, 2010)

Antes de profundizar en las repercusiones que tiene no atender a tiempo a la población infantil, quiero ilustrar y justificar con una serie de casos de la práctica psicológica el argumento del presente artículo con la intención de suscitar alguna reflexión al respecto. Los ejemplos siguientes son bastante frecuentes:

- P., tiene doce años, ha sido diagnosticado a esta edad de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad.
- E. M. de 13 años, diagnosticado de dislexia evolutiva a los diez. La decisión de consultar a un profesional fue de los padres. Con esa dad no sabía leer.
- A, P. 8 años; S, M. 9 y S, R. 11 años, diagnosticados de trastornos específicos de aprendizaje a esas edades.

El motivo de consulta se debió en los tres casos a las dificultades que presentaban en el colegio. Los padres se quejaban que no aprendían, tardaban en hacer los deberes, se distraían con mucha facilidad etc. Los profesores les decían que eran vagos, perezosos, apáticos, que no prestaban atención y que no se integraban en clase.

- C, Z., 11 años con un Cociente Intelectual Límite: CIT 68. No se tiene en cuenta sus características cognitivas, ni en la familia, ni en la escuela. Presenta ansiedad expresada de diversas formas, agresividad y aislamiento social.
- , B., de 10 años de edad. Aparece en consulta presentando trastornos en lectura, escritura, cálculo, y atención entre otros.

Ha estado tres años en reeducación del lenguaje. No tiene diagnóstico.

- M. P., Niño con 5 años y 7 meses de edad. Presenta discapacidad intelectual. Diagnosticado por neuropediatra y otros profesionales. Presenta serios problemas en motricidad fina, coordinación motora, trastornos visoperceptivos y dificultades de lenguaje.

Los padres no tienen conciencia del problema y en la escuela se intenta que siga el ritmo de la clase. "No entienden que el niño no es que no quiera, es que no puede".

- Por último en estos días solicitan una entrevista para S. F., de 13 años de edad, cursa 2º de ESO. Uno de los motivos de consulta es el bajo rendimiento escolar que está mostrando. En las últimas notas, tuvo nueve suspensos.

Ha cambiado tres veces de colegio. En el último, los argumentos que dan a los padres se refieren a la inmadurez que tiene su hijo, al déficit de atención y a los problemas de relación que presenta con las chicas.

El niño cuenta que le cuesta estudiar, dice que no entiende lo que lee bien y que tiene muchas faltas de ortografía.

Los padres refieren que le costó aprender a leer y escribir, que necesita mucho tiempo para realizar las tareas escolares (siempre con ayuda) y la mayor preocupación y otro de los motivos por los que acuden a consulta son los problemas emocionales y de conducta que manifiesta su hijo. La madre comenta: "Me ha dicho alguna vez que no quiere vivir".

Se le realizan pruebas no estandarizadas y encontramos:

- Dificultades de comprensión lectora.
- Excesivas faltas de ortografía
- Escasa fluidez escrita.
- Problemas para fijar la atención.

Se le deriva a consulta de neurología infantil o neuropediatría y se le cita para realizar una evaluación neuropsicológica completa.

Después de leer esta casuística nos debemos preguntar si se podía, con los conocimientos actuales, haber evitado parte del sufrimiento de estos niños y de su familia, si existen medios para tratarlos, si existe conciencia entre los profesionales sobre que significan los trastornos del neurodesarrollo y si no será ya demasiado tarde para recuperar a estos chicos. La literatura consultada muestra la inquietud que tienen quienes trabajan en el campo educativo y psicológico respecto a los niños que presentan dificultades en su proceso de aprendizaje. Comprueban como se altera el desarrollo académico, con todas las consecuencias cognitivas, afectivas y sociales que produce.

Según Singer y Cuadro (2010) la intervención sobre las dificultades de aprendizaje, podría parecer algo relativamente simple ya que las causas y consecuencias de dichos déficit han sido descritas de forma exhaustiva, lo que determinaría fácilmente las áreas a estimular.

Pero no parece que dichas intervenciones sean tan sencillas porque no siempre logran el alcance esperado -si se realizan- y son muchos los interrogantes que surgen en torno a esta problemática:

2. ¿Qué tipo de intervención es la más adecuada? ¿A qué edad debe iniciarse la intervención? ¿Con qué frecuencia?

Jiménez y col. (2009) señalan igualmente la importancia de una detección temprana, lo que implicaría la detección de los niños de alto riesgo de presentar estas dificultades en periodos que puedan recuperar funciones neuropsicológicas alteradas o no implantadas.

¿Cuántos son? No se disponen de datos estatales globales, aunque la bibliografía especializada sitúa la prevalencia entre un 15 y 20 % de la población infantil.

Según Málaga y col. (2010) la prevalencia estimada es la siguiente:

Trastorno	Prevalencia estimada	Tipo de trastorno
Dislexia	5-10%	Problemas para lectura y escritura (trastorno de la lecto-escritura)
Discalculia	4-6%	Problemas para la adquisisón de conceptos numéricos y la aritmética (trastornos de las matemáticas)
Trastorno del aprendizaje no verbal		Problemas de coordinación, motricidad fina, aprendizaje y socialización, con una importante diferencia entre las capacidades verbales (respetadas) y las no verbales alteradas
TDA-H	4-10%	Problemas atencionales y/o de impulsividad e hiperactividad Alteraciones de las funciones ejecutivas

Tabla 1. Principales trastornos del aprendizaje y trastornos asociados

Arizcun y Arrabal (2005) muestran las encuestas elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística sobre Discapacidades y deficiencias del año 1999.

La prevalencia de discapacidades de 0 a 6 años es de un 22‰. De 6 a 9 años de un 19‰. De 10 a 15 años de 15‰ y de 16 a 19 años de 20‰. Las diversas características de las deficiencias, están en la tabla 2.

Total de niños con deficiencias < 6 años 22,44‰	
Deficiencias mentales	4,26
Deficiencias visuales	3,28
Deficiencias auditivas	2,22
Deficiencia lengua, habla, voz	2,66
Deficiencias osteo-articulares	2,65
Deficiencias neurológicas	2,21
Deficiencias viscerales	4,23
Otras	1,14
No consta	3,74

Tabla 2. Encuesta Discapacidades Deficiencias. Estado de Salud 1999

Debemos tener en cuenta que existe un número indeterminado de niños que no están diagnosticados, comenzando a hablarse ya de niños "invisibles". Son niños con dificultades específicas de aprendizaje, que habiendo tenido un historial de riesgo, no han sido detectados a tiempo.

Como postula Artiga-Pallares (2009), los límites entre trastorno y normalidad a veces son muy imprecisos, en bastantes casos no hay marcadores biológicos y la co-morbilidad es frecuente.

Podríamos añadir además como el relativismo psicopedagógico, la banalización y los tópicos a los que nos tenemos que enfrentar en la práctica diaria influyen de manera determinante en la toma de conciencia y en la no detección de los trastornos del neurodesarrollo.

Está comprobado que el abandono y el fracaso escolar, se debe en un alto porcentaje a la presencia de trastornos de aprendizaje. También está demostrado que si no se interviene o se hace tarde nos vamos a encontrar a niños y adolescentes que presentarán después:

- Fracaso escolar.
- Problemas emocionales
- Trastornos comportamentales.
- Problemas de adaptación familiar, laboral y/o social.

Resumiendo, tendremos personas con fracaso vital causado por las dificultades que le ha supuesto no haber alcanzado un nivel educativo apropiado.

Investigaciones realizadas con estudiantes que presentan dificultades de aprendizaje y que estudian variables como el autoconcepto, la motivación etc. muestran que los niños con dificultades de aprendizaje presentan una imagen de sí mismos más negativa a nivel general, tanto en áreas académicas como sociales. Encuentran también menos motivación hacia el aprendizaje escolar (González-Pineda y col 2000).

El aumento de las dificultades de aprendizaje como consecuencia de alteraciones en el neurodesarrollo infantil se debe a: a la disminución de la mortalidad infantil y al aumento de la morbilidad debido a los avances científicos. Puesto que los adelantos en neonatología y pediatría han incrementado la supervivencia infantil, y la fragilidad del sistema nervioso frecuentemente se ha visto afectada, como consecuencia de las enfermedades que han padecido.

Por otra parte las nuevas técnicas diagnosticas: metabólicos, genéticos, de neuroimagen, etc., han propiciado un mejor acercamiento a las patologías neuropsicológicas infantiles, liberando a los padres en muchas ocasiones de la culpa, las dudas e incertidumbres que le creaban las dificultades de su hijo. Al mismo tiempo los conocimientos que aporta la neuropsicología infantil, nos permite tratar los problemas del neurodesarrollo de una manera más eficaz. (Ardila, 2005; Portellano, 2007; Rosselli, 2010).

Las dificultades de aprendizaje adquieren mayor relevancia a medida que se extiende la educación obligatoria y aumentan las exigencias académicas e incluso sociales. Este aumento de los trastornos de aprendizaje se produce porque en la actualidad las sociedades son más letradas y cultas. En décadas pasadas, en sociedades rurales o artesanales los trastornos específicos de aprendizaje (dislexias, déficit de atención…) se detectaban con menor frecuencia y su repercusión en la vida de las personas que las sufrían era menor (Torras de Béa, 2002).

Teniendo en cuenta los argumentos expuestos en párrafos anteriores y los conocimientos e investigaciones que existen sobre esta problemática nos seguimos preguntando:

3. ¿Por qué esta tardanza en el diagnóstico e intervención de estos niños, y por qué el desconocimiento de otros muchos no detectados?

En un artículo anterior (Mateos, 2009), se analizan las causas e incertidumbres que produce esta temática, llegando a comprender las dificultades y los motivos por los que se retrasa el diagnóstico y la intervención

eficaz. La falta de un lenguaje común, la heterogeneidad en la formación, la escasa implantación de la neuropsicología infantil y la poca conciencia que existe entre los profesionales sobre la importancia que tiene la detección a tiempo, serían entre otros los factores que están influyendo de forma determinante en la ineficacia de muchas intervenciones.

Es normal que un profesional que no recibe formación continua, y no actualiza conocimientos, acabe perdiendo las referencias de la normalidad y la línea que separa la patología de la normalidad se haga cada vez más débil.

Por todo ello los niños con síntomas menos intensos acaban fracasando en la escuela, aunque a veces haciendo un gran esfuerzo pueden acabar primaria y secundaria con profesores particulares y/o repitiendo todos los cursos que les permita la ley.

Hoy en día ciertos conceptos sobre la infancia como la "madurez", la "autoorganización que el niño realiza de su conducta y aprendizaje" y otros de tipo parecido han calado a nivel popular y han contaminado las ciencias psicopedagógicas, perjudicando el desarrollo de la pedagogía, de la psicología, y neuropsicología infantil. Los signos de alarma han dejado de tenerse en cuenta (Mateos, 2009; Gutiez, 2003).

De acuerdo con Risueño y col. (2005), se debe dar una adecuada lectura neuropsicológica en la entrevista , ya que al no tener en cuenta la presencia de signos neurológicos blandos y los factores de riesgo de tipo biológico, se tiende a considerar la etiología del problema sólo de tipo emocional en detrimento de los trastornos y/o causas orgánicas. Como consecuencia, el diagnóstico y las estrategias terapéuticas serán erróneas.

Un ejemplo claro lo tenemos en los niños que presentan dislexia evolutiva. Se suelen tratar los trastornos emocionales que aparecen como consecuencia del déficit lector: la motivación, la apatía, los problemas de comportamiento o la baja autoestima, pero no se da importancia a las disfunciones o alteraciones neuropsicológicas que manifiesta esta población y que son la causa de esos trastornos emocionales.

No debemos olvidar que la dislexia es un trastorno específico del lenguaje lecto-escritor, de origen constitucional.

Las investigaciones realizadas sobre el tema muestran que son procesos disfuncionales de distintas regiones cerebrales (Galaburda, 2003, 2006; Etchepareborda, 2002; Artigas-Pallares, 2009; Ramus, 2006).

Como afirma Ramus (2006): "a muchos docentes les repugna hablar de dislexia cuando un alumno presenta dificultades de lectura" y prosigue diciendo: "Cuando se admita la noción de enfermedad neuromorfológica de origen parcialmente genético, será de esperar un cambio en la comunidad educativa". Podríamos ampliar esta afirmación a otros colectivos como pueden ser psicólogos, pedagogos, logopedas, pediatras….

Toda evaluación debe aproximarse al niño desde una perspectiva neuropsicológica, entendiendo esta como el estudio de las relaciones entre la conducta y el cerebro en desarrollo.

Algunos profesionales que tratan al niño desconocen la relación entre el sistema nervioso y lo psicocognitivo, por lo que no abordan los aspectos neurobiológicos que les permitirían explicar la relación existente entre el sistema nervioso, la conducta y cognición.

Compartimos la afirmación de Risueño (2005) cuando manifiesta que aunque el cuerpo esté aparentemente saludable, pueden existir signos disfuncionales, denominados menores, blandos o equívocos.

Para Portellano (2000, 2007), los signos neurológicos menores o signos blandos guardan una estrecha relación con la Disfunción Cerebral Mínima Infantil.

En la actualidad se acepta que los signos neurológicos menores son el reflejo y la expresión de alteraciones neurofuncionales del sistema nervioso.

Risueño (2005), prefiere denominarlos signos blandos o equívocos porque considera que la palabra menor puede hacer pensar erróneamente que no tiene importancia.

Por otra parte determinados signos que aparecen en periodos evolutivos y que se expresan de forma imprecisa y con una gran variabilidad requieren un examen minucioso de tipo neuropsicológico. Tabla 3.

TRASTORNOS PSICOMOTORES
– Hiperactividad
– Alteraciones del tono muscular
– Reflejos anormales o asimetrías
– Trastornos de coordinación y equilibrio
– Trastornos de motricidad fina o gruesa
– Otros trastornos motores (temblores, sincinesias, nistagmos, etc.
TRASTORNOS SENSOPERCEPTIVOS
– Agnosias visuales
– Trastornos visoperceptivos
– Desorientación espacial
– Deficiente discriminación audioperceptiva
– Alteraciones del esquema corporal
OTROS SIGNOS
– Trastornos del lenguaje
– Dificultades de aprendizaje
– Alteración en los procesos cognitivos: atención, memoria, razonamiento
– Trastornos de conducta
– Alteraciones ligeras en la exploración neurológica y neurofisiológica

Tabla 3. Principales signos neurológicos menores (Portellano y col. 2000 y Portellano, 2007)

En adelante hablaremos de signos neurológicos blandos, para no quitar importancia al problema.

El pronóstico estará determinado por la intensidad de los signos neurológicos blandos, por su número y persistencia a lo largo del tiempo.

Wolke (1999), en el estudio bávaro del desarrollo sobre niños prematuros, muestra que existen factores de riesgo que van a determinar la necesidad de un programa de aprendizaje específico y/o una escolarización especial. Entre estos factores podemos incluir la gran mayoría de signos neurológicos blandos descritos en párrafos anteriores.

Podemos resumirlos en:

- Alteraciones visoperceptivas
- Trastornos del lenguaje.
- Problemas de atención
- Déficits cognitivos.

Los factores de riesgo apuntados se podrían generalizar a toda la población infantil particularmente a los niños entre tres y seis años, aunque en otros tramos de edad es igualmente importante la detección para evitar la cronificación del problema.

Una de las frases usada popularmente dice que "los niños de hoy en día nacen sabiendo" pero está frase no es sólo un reflejo de la opinión popular, sino también del concepto que se tiene de la infancia en diferentes ámbitos profesionales.

Habiéndose perdido la conciencia del problema y al haber restado importancia a las dificultades de aprendizaje -como se ha intentado demostrar en este trabajo- primero con los casos descritos de niños atendidos con considerable retraso y segundo, mostrando las carencias y/o la escasa implicación que existe respecto a los problemas de aprendizaje, ya sean específicos o generalizados.

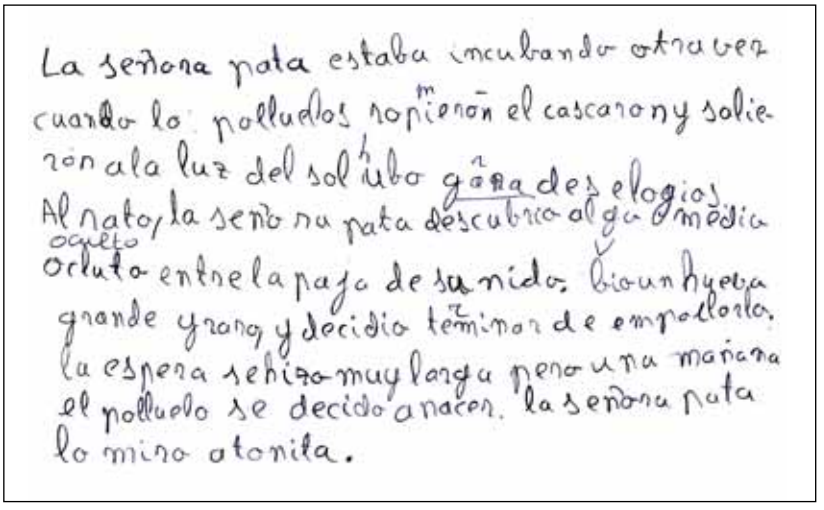
Las discapacidades especificas de aprendizaje si no se detectan a tiempo y no se corrigen acabarán siendo discapacidades generalizadas por afectar de forma permanente diferentes áreas del desarrollo, tanto cognitivas como emocionales.

Si un niño de 3 a 6 años presenta un perfil neuropsicológico en el que aparecen determinadas áreas evolutivas alteradas y que manifieste trastornos psicomotores, problemas de articulación, escaso lenguaje expresivo y comprensivo, alteraciones visoperceptiva, de memoria, atención etc., más si además es un niño de alto riesgo biológico, familiar y/o social, no podemos esperar que madure, que mejore, etc., porque estas dificultades, este perfil neuropsicológico disarmónico, persistirá , provocando más tarde:

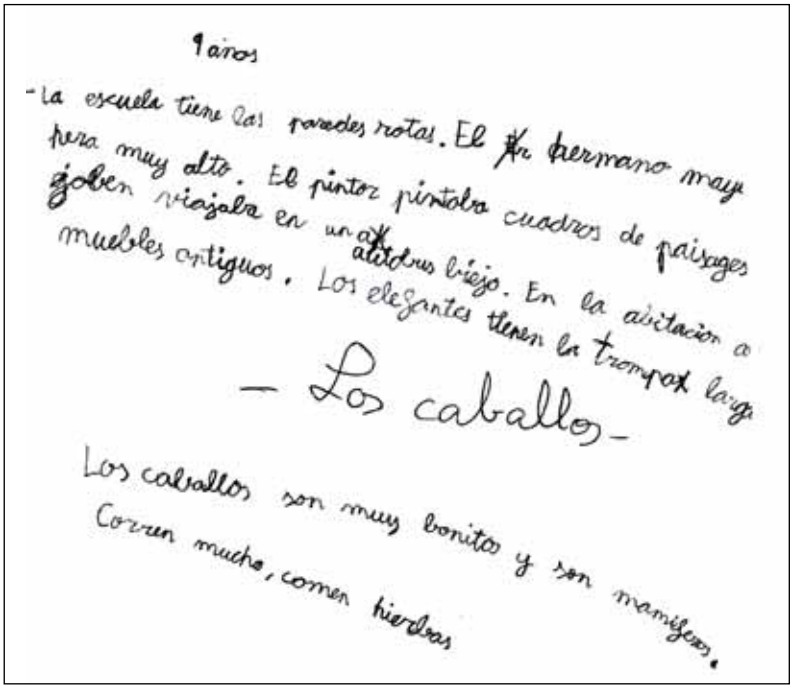
- Trastornos de lenguaje expresivo (hablado y escrito).
- Trastornos en fluidez semántica.

- Problemas en lectura: menor velocidad lectora, escasa o nula comprensión del texto leído.
- Dificultades visoperceptivas que influirán en un desarrollo anómalo de la escritura y el cálculo.
- Problemas de atención, secundarios en ocasiones a los problemas de aprendizaje que presenta o la dificultad que tiene para descifrar la tarea que deba realizar.
- Alteraciones en memoria tanto verbal como visual.

Dictado realizado a una niña de 12 años. Diagnosticada de trastornos específicos del aprendizaje. CIT: 110. Cursa 6.º de Primaria.


La señora pata estaba incubando otra vez
cuando lo polluelos rompieron el cascaron y salie-
ron ala luz del sol hubo gran des elogios
Al rato, la seño ra pata descubrio algo media
oculto
Orluto entre la paja de su nido. bio un huevo
grande y rano y decidio terminar de empollarlo.
la espera se hizo muy larga pero una mañana
el polluelo se decido a nacer. la señora pata
lo miro atonita.

Dictado y redacción realizados por un niño de 9 años. Diagnosticado de Hiperactividad con un CIT de 112. Cursa 5.º de Primaria.

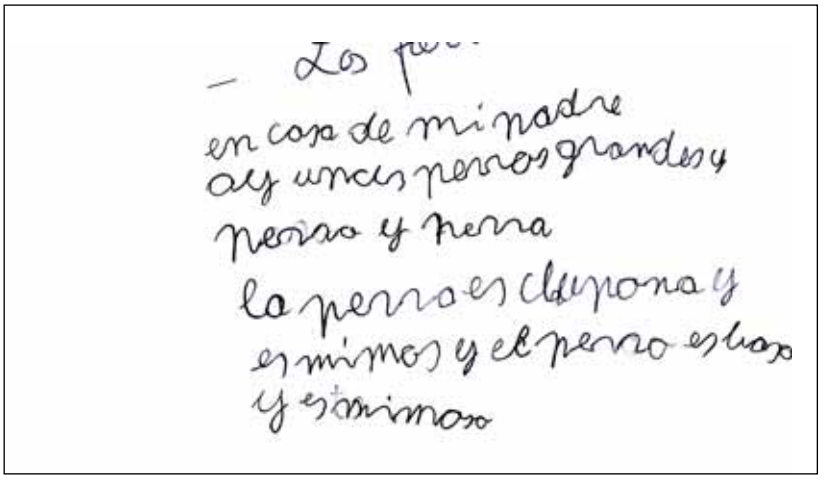

9 años

-La escuela tiene las paredes rotas. El hermano mayor
tera muy alto. El pintor pintaba cuadros de paisages
gaben viajaba en un autobus viejo. En la aldeas a
muebles antiguos. Los elegantes tienen la trompa larga

— Los caballos —

Los caballos son muy bonitos y son mamiferos.
Corren mucho, comen hierbas

Descripción sobre un perro realizada por un niño de ocho años. CIT: 76.



Tampoco debemos olvidar la importancia que tiene un buen desarrollo de la lateralidad. Estudios con niños ambidiestros muestran que estos niños tienen mayor riesgo de sufrir dificultades lingüísticas, escolares y de atención. Consideran los autores que determinadas formas de lateralidad, junto con otros marcadores pueden predecir la posibilidad de presentar problemas de aprendizaje (Portellano, 2007; Rodríguez, 2009).

Como se ha expuesto en párrafos anteriores se estima que sobre 15% de los escolares presentan déficits cognitivos, lingüísticos, atencionales, de estructuración perceptiva, de coordinación y control motriz, etc., y sin embargo a pesar de los avances en neuropediatría, neuropsicología, pedagogía y otras disciplinas afines, se sigue detectando tarde y mal a los niños que las presentan.

Si la intervención se realizara en el momento adecuado, se minimizarían los problemas futuros, se evitarían los trastornos emocionales, pudiéndose prever y paliar las alteraciones comportamentales y adaptativas.

Para Soriano (2002), la atención temprana busca estimular y fomentar el desarrollo sensitivomotor, emocional, social e intelectual del niño, para que pueda participar activamente en la vida social de la forma más autónoma posible. Los beneficios de la atención temprana en las dificultades de aprendizaje tienen un efectos positivo en el desarrollo cognitivo y emocional en la edad adulta.

Asimismo se ha comprobado que a menor edad la capacidad que tiene el cerebro para organizarse es mayor y que el cerebro se modifica dependiendo del aprendizaje y la experiencia recibida.

Una reciente valoración de los programas preescolares hecha por Silva y col. (2005) de la Universidad de Londres concluye:

- La experiencia preescolar mejora el desarrollo del niño.
- La duración de la asistencia es importante.
- Empezar temprano es mejor para el desarrollo intelectual, la concentración y la mejora de la sociabilidad.
- La calidad de los programas preescolares está directamente relacionada con el desarrollo intelectual, social y emocional.
- Es importante involucrar a los padres.

Pensamos además que cuando existen alteraciones o disfunciones neuropsicológicas el tratamiento debe comenzar nada más detectarse estas.

Estos postulados se deberían aplicar desde cualquier marco conceptual porque la laguna existente entre lo que sabemos y lo que hacemos es inadmisible.

4. Conclusiones

- Los ambientes favorables tendrán resultados positivos en el desarrollo, mientras que si son desfavorables actuaran de forma negativa.
- Los efectos de la atención temprana tienden a perdurar en la edad adulta.
- La intervención y reeducación de las dificultades de aprendizaje suele realizarse tarde, perdiendo eficacia y aumentando el problema.
- El sistema educativo no se adapta a las necesidades del niño, es este el que se tiene que adaptar a la escuela.
- Es necesario que los profesionales dedicados a la infancia conozcan las nuevas morbilidades.

Referencias

ARDILA, A. y ROSELLI, E. (2005). *Neuropsicología de los trastornos del aprendizaje*. Bogotá. Manual Moderno.

ARIZCUN Pineda. J y ARRABAL TERÁN. M. C. (2005). *Deficiencias, discapacidades del desarrollo y los servicios de neonatología.* Valencia: Promolibro, 85-107.

ARTIGAS-PALLARES, J. (2009). "Dislexia enfermedad, trastorno o algo distinto". *Revista de Neurología.* (Supl 2), 63-69.

GUTIEZ, P. (2001). "Prevención y atención temprana". *Enciclopedia psicopedagógica de necesidades educativas especiales, vol. II.* Archidona: Aljibe, 187-204.

GUTIEZ, P. (2003). *La Intervención Temprana: Ámbitos de actuación: Educación, escuela infantil.- Revista Minusval*, número especial Nº 3 (58-62). Madrid: IMSERSO.

GUTIEZ, P. (2005). *Atención temprana. Prevención, detección e intervención en las alteraciones del desarrollo 0-6* Madrid: Editorial Complutense.

GUTIEZ, P y SÁNCHEZ, C. (2010). Kid base y objetivos. XX Conmemoración Reuniones Interdisciplinares sobre Deficiencia / DISCAPACIDAD. IV. Reunión Interdisciplinar Sobre Discapacidad/Trastornos del Desarrollo y Atención Temprana. Madrid, 18 y19 de noviembre de 2010.

GONZÁLEZ-PIENDA, J. A. y col. (2000). Autoconcepto, proceso de atribución causal y metas académicas en niños con y sin dificultades de aprendizaje. *Psicothema.* Vol. 12, nº 4, 548-556.

JIMÉNEZ, J. E.; GUZMÁN, R.; RODRÍGUEZ, y ARTILES, C. (2009). Prevalencia de las dificultades específicas de aprendizaje: La dislexia en español". *Anales de psicología*. vol. 25, n.º 1 (junio), 78-85.

MÁLAGA, I.; ARIAS, J. (2010). Los trastornos del aprendizaje. Definición de los distintos tipos y sus bases neurobiológicas. *Bol Pediatr*, 43-47.

MATEOS, R. (2009). Dificultades de aprendizaje. *Psicología Educativa* Vol. 15, n.° 1: 13-19.

PORTELLANO, J. A., MATEOS, R. y MARTÍNEZ ARIAS, R. (2000). *CUMANIN. Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil.* Madrid: TEA Ediciones.

PORTELLANO, J. A. (2007). *Neuropsicología Infantil*. Madrid: Síntesis.

RISUEÑO, A y col. (2005). Más allá de lo obvio. Lo oculto desde una visión neuropsicológica. Consultado en:http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatria/neuropsiquiatria/20454/

ROSELLI, M., MATUTE, E., ARDILA, A. (2010). *Neuropsicologia del desarrollo infantil*. México. Editorial: Manual Moderno.

SYLVA. Citado por Fraser Mustard, J. (2005). Desarrollo del cerebro basado en la experiencia temprana y su efecto en la salud, el aprendizaje y la conducta. Red Founders del Instituto Canadiense para la investigación avanzada

www.oas.org./udse/dit2/relacionados/archivos/desarrollo-cerebral.aspx

Singer, V y Cuadro, A. (2010). Programas de intervención en trastornos de lectura *Revista de Neuropsicologia Latinoamericana* Vol 2. No. 1. 78-86.

TORRAS DE BEÁ, E. (2002). Dislexia su desarrollo psíquico: su psicodinámica. Barcelona: Paidós.

SORIANO DE GRACIA. V. (2002). La atención temprana en Europa. Rev. Neurol. 34 (Supl 1), 155-157.